附件一：（被保險人名冊） 投保日期: 年 月 日 被保險人： 等 人 合計總保費： 元 第 1 頁/共 1 頁

傷害險保額（TA）： 100 萬，傷害險保費（TA）： 30 元 醫療險保額（MR）： 10 萬，醫療險保費（MR）： 8 元

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名  (被保險人) | | 班級 | 學號 | 出生年  月日 | 身分證  號碼 | 聯絡電話 | 受 益 人  (只能填寫父或母其他請填  法定繼承人) | 與被保險  人關係 | 受益人身分證 | 受益人  聯絡電話 | 受益人  出生年  月日 | 受益人地址 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**(欄位不夠自行增列)**